

SIMULTANEIDADE DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS

Luciana Graziela de Oliveira Boiça¹
Maria Silvia Amicucci Soares Martins²
Neuber José Segri³
Lenir Vaz Guimarães⁴
Gabriela Dalcin Durante⁵
Deborah de Carvalho Malta⁶

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) são as causas de morte mais prevalentes no país e fatores de risco agindo de forma simultânea, podem aumentar o risco das mesmas. Analisar a simultaneidade de fatores de risco para DCV com variáveis sociodemográficas. Estudo transversal, com adultos residentes em Cuiabá, entrevistados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2014. A variável dependente foi a simultaneidade dos FRCV, dada pela combinação de dois ou mais fatores de risco: hipertensão, diabetes, dislipidemia, excesso de peso, tabagismo, consumo abusivo de álcool e inatividade física, identificados por escores que variam de zero a três (nenhuma exposição ou exposição a 1, 2 ou 3 ou mais fatores de risco).

Na análise da simultaneidade, os homens apresentaram 71% e 135% maior prevalência de dois e três fatores de risco, respectivamente, para DCV, em relação às mulheres. Constatou-se que tanto a presença de um quanto a de dois e três ou mais fatores de risco para DCV, aumentou com o avançar da idade. Os indivíduos com até oito anos de estudo, ofereceram 116% maior prevalência de dois fatores de risco para DCV, em relação aos de 12 anos ou mais de escolaridade.

Descritores: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão; Diabetes; Obesidade; Tabagismo.

ABSTRACT

Basis: Cardiovascular Diseases (CVD) are the most prevalent causes of death in the country and risk factors acting simultaneously may increase their risk. **Objective:** To analyze the simultaneous occurrence of risk factors for cardiovascular diseases with sociodemographic variables. **Method:** Cross-sectional study, with adults living in Cuiabá, interviewed by the Risk Factors Surveillance System and Protection for Chronic Diseases by Telephone Survey (VIGITEL) in 2014. The dependent variable was the simultaneity of the FRCV, given by the combination of two or more risk factors: hypertension, diabetes, dyslipidemia, overweight, smoking, alcohol abuse and physical inactivity, identified through a score which ranges from zero to three (no exposition or exposition to 1, 2 or 3 or more risk factors). **Results:** In the analysis of simultaneity, men showed 71% and 135% higher prevalence of two and three risk

¹ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá-MT,

² Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá-MT,

³ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá-MT,

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá-MT,

⁵ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá-MT,

⁶ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte-MG,

factors, respectively, for CVD, in relation to women. It was found that the presence of one, two and three or more risk factors for CVD increased with age. Individuals with up to eight years of study, offered 116% higher prevalence of two risk factors for CVD, than those with 12 or more years of schooling.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Hypertension, Diabetes, Obesity and Smoking.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, consideradas graves problemas da saúde pública no Brasil e no mundo, por serem causa de expressivo número de mortes, principalmente, em países de baixa e média renda. No ano de 2012, elas foram responsáveis por 17,5 milhões de óbitos em todo o mundo, representando 31% do total¹. Estudos da Carga Global de Doenças apontam que as DCV aumentaram 12,5% entre 2005 e 2015².

No Brasil, as DCV corresponderam a 28,1% das mortes em 2013 e, na região Centro-Oeste, por 27,2%³. Apesar de progressiva redução na mortalidade por DCV, para todas as faixas etárias de 1990 a 2009, ainda assim as taxas são consideradas elevadas⁴. Dentre as DCV, a doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de morte, seguida do acidente vascular encefálico (AVE)⁵.

As DCV estão relacionadas a fatores de risco modificáveis e decorrentes de estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, uso abusivo de álcool e dieta inadequada^{6,7}, bem como fatores intermediários como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, dislipidemia, excesso de peso, também sujeitos a controle, quanto a fatores de risco não modificáveis como a idade, sexo, raça/cor e hereditariedade^{8,9,10}, além dos determinantes e condicionantes, como renda, estresse, escolaridade entre outros^{6,8}.

O conhecimento da prevalência de cada fator de risco isolado é importante, porém, geralmente, isso costuma ocorrer de forma simultânea, exercendo efeito sinérgico, ou seja, quanto maior o número de elementos de risco presentes, maior será a probabilidade de apresentar um evento cardiovascular, considerando que o resultado dessa combinação é maior do que a soma que esses fatores teriam separadamente^{11,12}. Estudos da Carga Global de Doenças, tem estimado a ocorrência de fatores de risco simultâneos e o efeito dos mesmos na carga de doenças². Entretanto, ainda faltam estudos no Brasil e em especial na região Centro Oeste do país sobre o tema.

Assim o objetivo do presente estudo foi analisar a ocorrência simultânea de fatores de risco para doença cardiovascular e sua associação com variáveis sociodemográficas na população adulta, em Cuiabá-MT.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico de corte transversal, de base populacional, com indivíduos de ambos os sexos com idade entre 20 e 59 anos, residentes em Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, localizada na região Centro-Oeste do Brasil, a partir de dados obtidos do inquérito telefônico VIGITEL, referentes ao ano de 2014.

O VIGITEL utiliza linhas de telefone fixo em cada uma das capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal. Em cada cidade, o tamanho amostral mínimo é de 1.500 indivíduos, para estimar, com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de três pontos percentuais, a frequência de qualquer fator de risco na população adulta¹³.

O Vigitel utiliza pesos de pós-estratificação segundo idade, sexo e escolaridade, calculado pelo método 'rake', para ajuste das estimativas¹⁴. O peso pós-estratificação de cada indivíduo da amostra VIGITEL iguala sua distribuição sociodemográfica à distribuição estimada para a população total da cidade. Portanto, para todas as análises, neste estudo, serão utilizados pesos pós-estratificação que levam em consideração as diferenças na composição sociodemográfica da amostra em relação à população com idade ≥ 18 anos, da cidade de Cuiabá-MT. Maiores detalhes sobre os procedimentos de amostragem podem ser encontrados no Relatório VIGITEL 2014¹³.

Em Cuiabá, no ano de 2014, foram realizadas pelo VIGITEL, 1.509 entrevistas (575 homens e 934 mulheres)¹³. Deste total, 1.019 indivíduos foram elegíveis para a amostra do estudo por pertencerem à faixa etária de 20 a 59 anos; foram excluídas 14 mulheres que disseram não saber ou confirmaram estarem grávidas no momento da entrevista. Portanto, a amostra do presente estudo foi constituída por 1.005 indivíduos de 20 a 59 anos (605 mulheres e 400 homens).

Para este estudo, utilizaram-se as perguntas do questionário VIGITEL 2014, as quais abordam características sociodemográficas dos indivíduos e questões sobre os fatores de risco modificáveis: HAS, diabetes, dislipidemia, excesso de peso, tabagismo, consumo abusivo de álcool e inatividade física.

A variável dependente do estudo é a simultaneidade dos Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV), que se constituiu na identificação da combinação de dois ou mais fatores de risco para DCV: HAS, diabetes, dislipidemia, excesso de peso, tabagismo, consumo abusivo de álcool e inatividade física. Foi utilizado um escore para retratar a presença de qualquer combinação entre esses fatores, variando de zero a três (zero = nenhuma exposição; 1 = exposição a um fator; 2 = exposição a dois fatores; e 3 = exposição a três ou mais fatores)¹⁵.

Foram considerados hipertensos os sujeitos que referiram diagnóstico médico de HAS no momento da entrevista, assim como o diabetes e a dislipidemia. Foi avaliado com excesso de peso o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² calculado a partir do peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos. Quanto ao tabagismo, eles foram classificados segundo o hábito tabágico nas seguintes categorias: fumante e não fumante.

Para avaliar o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, foi estimado o uso de cinco ou mais doses para o homem e quatro ou mais doses para a mulher, em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. A inatividade física no lazer foi definida se inferior a 150 minutos semanais de intensidade moderada ou inferior a 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa^{16,17}. São classificadas como práticas de atividade física de intensidade leve ou moderada a caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo e voleibol/futevôlei e dança, e práticas de intensidade vigorosa a corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis¹⁸.

As variáveis sociodemográficas foram: sexo, faixa etária (20-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anos), raça/cor (branca e preta ou parda), escolaridade em anos completos de estudo (0 a 8; 9 a 11 ou ≥ 12 anos) e situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro).

Os dados foram analisados pelo *software Stata*, versão 13, utilizando-se o comando *survey* que aplica os fatores de ponderação. Foram estimadas as prevalências das variáveis com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e realizada análise bivariada por meio do teste de qui-quadrado (*Rao-Scott*) entre as variáveis dos fatores de risco modificáveis, segundo o sexo e a faixa etária.

As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$, foram selecionadas para análise de regressão logística multinomial. Foram consideradas associadas à simultaneidade de FRCV aquelas variáveis que na análise múltipla apresentaram $p < 0,05$.

O presente estudo é derivado do projeto intitulado “Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular e fatores associados em adultos em Cuiabá-MT, Vigitel 2014”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso.

O projeto VIGITEL foi acatado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde. O consentimento livre e esclarecido foi obtido, oralmente, no momento do contato telefônico com os entrevistados.

RESULTADOS

A amostra caracterizou-se por 50,9% do sexo feminino, com 30,6% dos participantes na faixa etária de 20 a 29 anos e predomínio de pretos ou pardos (69,7%). Em relação à escolaridade, a maior proporção de indivíduos encontrou-se entre 9 a 11 anos completos de estudo (37,6%) e 52,4% dos participantes viviam com companheiro.

Os fatores de risco mais prevalentes foram: excesso de peso (56%), hipertensão arterial (21,5%), consumo abusivo de álcool (21,5%) e dislipidemia (13,5%), seguidos da inatividade física (11,3%), do tabagismo (10,4%) e do diabetes (6,3%). Os homens apresentaram prevalências significativamente mais elevadas do que as mulheres para consumo abusivo de álcool (29,6%) e tabagismo (15,6%). Apenas a dislipidemia foi mais significativa entre as mulheres (16,3%) (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a estratificação da simultaneidade de FRCV por faixa etária. Observou-se aumento estatisticamente significativo da prevalência dos fatores de risco modificáveis com o progredir da idade, com exceção apenas do consumo abusivo de álcool. Em relação ao excesso de peso, indivíduos com idade entre 20 a 29 anos mostraram vantagem significativamente menor em relação aos demais. A prevalência da hipertensão aumentou com o avançar da idade.

Na Tabela 3, é evidenciado o resultado da análise bivariada entre a variável resposta simultaneidade de FRCV e as variáveis sociodemográficas. Foram selecionadas para a análise

múltipla as variáveis de exposição sexo, idade, raça/cor, escolaridade e situação conjugal ($p \leq 0,20$).

No modelo final, foi realizada a regressão logística multinomial devido a variável resposta conter mais de duas categorias. Foram associadas à simultaneidade de FRCV as variáveis sociodemográficas que revelaram $p < 0,05$. Os homens expuseram em 71% e 135% maior prevalência de dois e três fatores de risco, respectivamente, para DCV, em relação às mulheres (Tabela 4).

Constatou-se que tanto a presença de um quanto a de dois e três ou mais FRCV aumentou com o avançar da idade, sendo mais elevados nos indivíduos com idade entre 50 a 59 anos, os quais tiveram maior prevalência de um, dois e três fatores de risco, razão de prevalência (RP) 2,72 (IC1,36-5,46), RP 8,53 (IC 4,0- 18,0) RP 24,65 (10,4-68,3) respectivamente, para DCV, em relação aos indivíduos de 20 a 29 anos, ajustadas pelas demais variáveis do modelo.

Os indivíduos com até oito anos de estudo, apresentaram 116% maior prevalência de dois fatores de risco para DCV, em relação aos de 12 anos ou mais de escolaridade.

DISCUSSÃO

Na análise da simultaneidade dos fatores de risco cardiovascular no município de Cuiabá, a amostra revelou que os homens tiveram maior probabilidade de apresentar dois ou mais fatores de risco para DCV em relação às mulheres e que esse aumento está diretamente associado à idade e menor escolaridade.

Outros estudos realizados no Brasil^{19,20,21}, também constataram que os homens apresentam maior possibilidade de apresentar dois ou mais fatores de risco para DCV, observando-se o mesmo em estudos feitos também fora do Brasil, como na província de Jilin, na China²² e entre os norte-americanos hispânicos/latinos de diferentes origens, nos EUA²³. Contudo, no estudo de Pereira *et al.*¹⁵ e D'Amico e Souza²⁴ não foram encontradas diferenças significativas quanto ao número de fatores de risco cardiovascular por sexo.

Em dois relevantes estudos norte-americanos de coorte que estimaram o risco de vida para DCV, foi observado que os homens apresentaram risco maior de morrer por DCV e, conseqüentemente, menor sobrevivência^{11,12}. Em meta-análise que avaliou 18 estudos de coorte, Berry *et al.*²⁵ constataram que os homens também tiveram maior risco de morte por DCV de acordo com a carga dos fatores de risco, em relação às mulheres. Os autores detectaram que os

participantes com perfil ideal dos fatores de risco (nível de colesterol total <180 mg/dl, PA sistólica <120 mmHg e diastólica <80 mmHg, não-fumantes e não diabéticos) possuíam riscos significativamente menores de morte por DCV do que os participantes com dois ou mais fatores de risco (4,7% *versus* 29,6% entre os homens e 6,4% *versus* 20,5% entre as mulheres)²⁵.

Em uma revisão sistemática do agrupamento de fatores de risco para a saúde, como o tabaco, nutrição, álcool e inatividade física, usando a técnica de análise de *cluster*, foi identificado que os homens, principalmente aqueles com maior desvantagem social segundo escolaridade e status socioeconômico (emprego, renda pessoal, riqueza e área de residência) apresentaram padrões de comportamento de maior risco²⁶.

Os homens ostentaram prevalências significativamente mais elevadas do que as mulheres para consumo abusivo de álcool e tabagismo, e isto tem sido observado tanto nos estudos de representatividade nacional^{27,28} quanto em estudos isolados nas capitais brasileiras²¹, cidades do interior^{29,30} e em nível mundial^{31,32}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o consumo abusivo de álcool quando a ingestão de bebida alcoólica é superior a 60g de etanol/dia ou o equivalente a quatro doses-padrão³³ e seu consumo maciço é avaliado como importante fator de risco das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de acidentes e violências, ao uso de tabaco, de drogas ilícitas³⁴ e à incidência aumentada de DAC aterosclerótica cuja consequência é o aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular³⁵.

Em um artigo de revisão, Fachini e Furtado³⁶ com o objetivo de descrever e analisar diferenças de gênero sobre expectativas relacionadas ao uso de álcool, detectaram que argumentos culturais, como a redução de tensão, de aprimoramento da sexualidade, de facilitação social e de que o uso de álcool aumenta a agressividade, possam justificar a maior prevalência do consumo de bebida alcoólica entre os homens. Entretanto, o consumo de álcool pelas mulheres, ainda que em quantidade menor, quando comparado ao uso masculino, é considerado elevado^{29,37} e apresenta tendência crescente no Brasil e no mundo^{31,38}. Martins *et al.*³⁹ observaram que as mulheres que consumiram até 15g de etanol apresentaram proteção para a hipertensão arterial em relação àquelas que não beberam.

As maiores prevalências do tabagismo entre homens parecem ter uma explicação histórica, com início do uso do tabaco, no princípio do século XX, associado à ideia de masculinidade, força e poder^{40,41,42}.

Já a prevalência da dislipidemia foi mais significativa entre as mulheres, também encontrada em outros estudos do VIGITEL^{27,30,43}. Porém foi observado resultado divergente na análise dos dados da região Centro-Oeste do Brasil, não havendo diferença da prevalência da dislipidemia entre os sexos⁴⁴.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia considera o colesterol elevado como principal fator de risco modificável da DAC, e seu controle, principalmente do nível do colesterol LDL, traz grande benefício na redução de eventos cardiovasculares⁴⁵.

As alterações nocivas nos lipídios são mais marcantes após a menopausa. Com a diminuição dos hormônios femininos, pode ocorrer elevação nos níveis de colesterol total, LDL-C, triglicerídeos e redução dos níveis de HDL-C, contribuindo para o aumento do risco de doenças cardiovasculares observadas em mulheres pós-menopáusicas⁴⁶. Considera-se que, seis meses após a menopausa, os níveis de colesterol total, LDL-C e triglicérides elevam-se entre 5% e 10% e, em dois anos, o HDL-C diminui em aproximadamente 6%⁴⁷.

No presente estudo, verificou-se aumento progressivo da simultaneidade dos fatores de risco com o avançar da idade. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos nacionais^{15,19,24} e internacionais^{11,12,22,26,48}. A idade é um fundamental preditor não modificável das DCV que, somado àqueles modificáveis, aumenta a possibilidade de ocorrência da DAC. Mudanças fisiológicas ocorrem com o envelhecimento, entre elas, o aumento progressivo na pressão sanguínea sistólica, que representa um forte indicador de eventos cardiovasculares, sobretudo, em mulheres⁴⁹. Por esse motivo, a importância de atuação sobre os fatores de risco que podem ser controlados é imprescindível.

O maior acúmulo de fatores de risco com o progredir da idade, provavelmente, está associado às condições mais prevalentes nessa faixa etária, como: HAS, obesidade, dislipidemia e diabetes. Além disso, indivíduos mais velhos tendem a frequentar mais os serviços de saúde, devido à maior prevalência dessas doenças crônicas e incapacitantes²⁰.

Observou-se aumento estatisticamente significativo da prevalência de todos os fatores de risco modificáveis com o progredir da idade, com exceção apenas do consumo abusivo de álcool. O que pode ser um limite do estudo, já que o indicador coletado, refere-se ao beber em binge, ou beber cinco ou quatro doses em uma única ocasião, mais comum entre jovens³⁸.

Quanto à escolaridade, os indivíduos com até oito anos de estudo apresentaram maior de probabilidade de apresentar dois fatores de risco para DCV, em relação aos com 12 anos ou

mais, assim como constatado em outros estudos^{19,20,23,50}. As DCV e seus fatores de risco podem sofrer influência da escolaridade, pois indivíduos com níveis educacionais elevados revelam melhores condições de trabalho e renda e estão mais expostos a mensagens educativas sobre a saúde; conseqüentemente, são mais conscientes da importância de sua manutenção, tornando-se menos propensos a sofrer complicações de uma doença crônica⁵¹, além de ter mais acesso a serviços de saúde, as ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento^{6,7}.

Dos fatores de risco analisados, o maior percentual encontrado foi o excesso de peso, seguido da hipertensão arterial e consumo abusivo de álcool. Entre os elementos que contribuem para o aumento do peso corporal, verificado entre os mais velhos, encontram-se, além dos fisiológicos, como a redução do metabolismo e alterações hormonais, os componentes do estilo de vida, como redução da prática de atividade física e hábitos alimentares inadequados⁵².

O excesso de peso e, especialmente, a obesidade são fatores de risco para a DCV e seu impacto sobre o risco vascular é derivado de inter-relacionamentos com a intolerância à glicose, resistência à insulina, hipertensão, inatividade física e dislipidemia¹⁰. Em metanálise de 189 estudos que avaliou o IMC e a mortalidade por todas as causas, em quatro continentes, constatou-se que tanto o sobrepeso quanto todos os graus de obesidade foram associados ao aumento da mortalidade por qualquer causa e que o IMC acima de 25 kg/m² relacionou-se fortemente com a DAC e AVE⁵³.

O segundo fator de risco mais prevalente neste estudo foi a hipertensão arterial sistêmica, maior entre indivíduos de 50 a 59 anos. A prevalência da HAS de 21,5% foi menor do que a prevalência encontrada em estudos que aferiram a pressão arterial^{39,54} e maior do que a localizada em estudo realizado em todo o território nacional, por meio de diagnóstico autorrelatado de hipertensão⁵⁵.

A HAS é considerada o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das DCV⁵⁶. A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente⁵⁷. Sua prevalência aumenta com a idade, elevando-se após os 30 anos, é maior em indivíduos negros e amplia com o excesso de peso e com a ingestão excessiva de sódio e de álcool por tempo prolongado; mas a atividade física reduz a incidência de HAS, bem como a mortalidade e o risco de DCV⁵⁸.

Em 2010, a hipertensão estava entre os três principais fatores de risco para a carga global de doenças em 21 regiões do mundo, incluindo a América Latina⁵⁹.

Em estudo concluído na Inglaterra que analisou associações de PA com 12 apresentações diferentes de doença cardiovascular, foi observado que o menor risco para a DCV foi em pessoas com PA sistólica de 90-114mmHg e PA diastólica de 60-74mmHg, confirmando que a hipertensão está relacionada à ocorrência de DCV⁶⁰. Estudos globais da Carga Global de Doenças confirmam a importância da hipertensão para as DCV².

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o tipo de desenho, pois, sendo transversal, não é possível a associação de causa-efeito. Outra barreira poderia ser o fato de a amostra se restringir àqueles que possuem telefone fixo, porém o VIGITEL utiliza fatores de ponderação para ajustar as estimativas obtidas no inquérito telefônico, de forma a corrigir as diferenças entre a população com e sem telefone, permitindo a inferência estatística dos resultados do sistema para a população adulta de cada cidade¹³. Além disto, a Pesquisa Nacional de Saúde, que coleta informações no domicílio e aferiu a pressão arterial, identificou prevalências de hipertensão arterial mais elevadas para homens, mostrando que os achados do VIGITEL, podem ser resultantes de maior procura das mulheres aos serviços de saúde e maior oportunidade de diagnósticos⁶¹. Esta situação poderia ser semelhante para dislipidemias, por maior oportunidade de diagnóstico entre mulheres. Entretanto, outros indicadores foram comparados em outros inquéritos usando dados aferidos e referidos e encontraram resultados semelhantes entre os mesmos^{62,63} e, apesar de possível subnotificação ou superestimação, este tipo de mensuração é considerado válido^{64,65}.

Diversos fatores estão relacionados ao elevado risco cardiovascular e a ocorrência simultânea desses elementos majora a chance de desenvolvimento das DCV. Do mesmo modo, quanto melhor o controle dos hábitos de vida, com redução do número de fatores modificáveis associados, maior é a redução desse risco⁶⁶.

CONCLUSÃO

O resultado do presente estudo apontou elevada prevalência dos fatores de risco cardiovascular, com destaque para a simultaneidade dessas causas, sendo que os homens apresentaram maior probabilidade de ter dois ou mais desses elementos e a presença dos mesmos aumentou com o progredir da idade e menor escolaridade, permitindo, assim, traçar o perfil de risco da população adulta do município de Cuiabá. O conhecimento dos grupos populacionais mais expostos aos fatores de risco, tanto isolados quanto simultâneos, contribuirá para o

planejamento e implementação de políticas públicas de promoção de saúde, voltadas para a redução e prevenção desses fatores.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular disease. CVD prevention and control: missed opportunities.** Geneva; 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>>. Acesso em: 28 set. 2015.
2. FOROUZANFAR, M. G. *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, n. 388, p. 1659-1724, 2016.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistemas de Informações de Saúde (TABNET).** Brasília; 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=2>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
4. MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.
5. GAZIANO, T. A.; GAZIANO, J. M. Peso Global da Doença Cardiovascular. In: BRAUNWALD, E. **Braunwald: Tratado de Doenças Cardiovasculares.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 1-22.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2016.
7. MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2015.
8. MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.
9. SANTOS, M. G. *et al.* Fatores de Risco no Desenvolvimento da Aterosclerose na Infância e Adolescência. **Arq Bras Cardiol.**, v. 90, n. 4, p. 301-308, 2008.
10. RIDKER, M. P.; LIBBY, P. Marcadores de Risco para Doença Aterotrombótica. In: BRAUNWALD, E. **Braunwald: Tratado de Doenças Cardiovasculares.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 932-953.
11. LLOYD-JONES, D. M. *et al.* Prediction of Lifetime Risk for Cardiovascular Disease by Risk Factor Burden at 50 Years of Age. **Circulation**, v. 113, n. 6, p. 791-798, 2006.
12. LLOYD-JONES, D. M. *et al.* Risk Factor Burden in Middle Age and Lifetime Risks for Cardiovascular and Non-Cardiovascular Death (Chicago Heart Association Detection Project In Industry). **Am J Cardiol.**, v. 99, n. 4, p. 535-540, 2007.

13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2015.
14. BERNAL, R.; SILVA, N. N. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 421-426, 2009.
15. PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 6, p. 491-498, 2009.
16. HASKELL, W. L. *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med Sci Sports Exerc**, v. 39, n. 8, p. 1423-1434, 2007.
17. WORLD HEALTH ORGANIZACION. **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.
18. AINSWORTH, B. E. *et al.* 2011 Compendium of Physical Activities: A Second Update of Codes and MET Values. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 43, n. 8, p. 1575-1581, 2011.
19. LESSA, I. *et al.* Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 2, p. 131-137, 2004.
20. MUNIZ, L. C. *et al.* Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 534-542, 2012.
21. COSTA, F. F. *et al.* Agregação de fatores de risco para doenças e agravos crônicos não transmissíveis em adultos de Florianópolis, SC. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 16, n. 2, p. 398-408, 2013.
22. YU, J. *et al.* Risk Factors for Cardiovascular Disease and Their Clustering among Adults in Jilin (China). **Int J Environ Res Public Health**, v. 13, n. 1, p. 70, 2016.
23. DAVIGLUS, M. L. *et al.* Prevalence of Major Cardiovascular Risk Factors and Cardiovascular Diseases Among Hispanic/Latino Individuals of Diverse Backgrounds in the United States. **JAMA**, v. 308, p. 17, p. 1775-1784, 2012.
24. D'AMICO, M. M.; SOUZA, R. K. T. Simultaneidade de Fatores de Risco Cardiovascular Controláveis: Estudo de Base Populacional. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 5, p. 318-326, 2014.
25. BERRY, J. D. *et al.* Lifetime Risks of Cardiovascular Disease. **N Engl J Med**, v. 366, n. 4, p. 321-329, 2012.
26. NOBLE, N. *et al.* Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. **Preventive Medicine**, n. 81, p. 16-41, p. 2015.
27. ISER, B. P. M. *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – Vigitel Brasil – 2009. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 90-102, 2011.

28. MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 3, p. 373-387, 2015.
29. BARROS, M. B. A. *et al.* Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 17, n. 4, p. 259-270, 2008.
30. FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 1, p. 7-18, 2015.
31. KEYES, K. M.; LI, G.; HASIN, D. S. Birth cohort effects and gender differences in alcohol epidemiology: a review and synthesis. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 35, n. 12, p. 2101-2112, 2011.
32. HIGGINS, S. T. *et al.* A literature review on prevalence of gender differences and intersections with other vulnerabilities to tobacco use in the United States, 2004–2014. **Preventive Medicine**, n. 80, p. 89-100, 2015.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 28 set. 2015.
35. LANGE, R. A.; HILLIS, L. D. Toxinas e Coração. In: BRAUNWALD, E. **Braunwald: Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 1667-1776.
36. FACHINI, A.; FURTADO, E. F. Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 39, n. 2, p. 68-73, 2012.
37. FERREIRA, L. N. *et al.* Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2011, v. 27, n. 8, p. 1473-1486.
38. MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, p. 61-70; 2011.
39. MARTINS, M. S. A. S. *et al.* Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arq Bras Cardiol**, v. 94, n. 5, p. 639-664, 2009.
40. MALTA, D. C. *et al.* Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 812-822, 2013.
41. MALTA, D. C. *et al.* Tendências de indicadores de tabagismo nas capitais brasileiras, 2006 a 2013. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 631-640, 2015.
42. MUSK, A. W.; KLERK, N. H. History of tobacco and health. **Respirology**, v. 8, n. 3, p. 286-290, 2003.

43. MALTA, D. C. *et al.* Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015.
44. PEREIRA, L. P. *et al.* Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1815-1824, 2015.
45. SIMÃO, A. F. *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 6 supl. 2, p. 1-63, 2013.
46. VERHOEVEN, M. O. *et al.* The influence of physiological and surgical menopause on coronary heart disease risk markers. **Menopause**, v. 16, n. 1, p. 1-12, 2008.
47. JENSEN, J.; NILAS, L.; CHRISTIANSEN, C. Influence of menopause on serum lipids and Lipoproteins. **Maturitas**, n. 12, p. 321-331, 1990.
48. ALI, R. A. *et al.* Modifiable cardiovascular risk factors among adults in Aleppo, Syria. **Int J Public Health**, n. 56, p. 653-662, 2011.
49. SCHWARTZ, J. B.; ZIPES, D. P. Doença Cardiovascular em Idosos. In: BRAUNWALD, E. **Braunwald: Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 1769-1800.
50. SANTOS, H. C. *et al.* Self-declared ethnicity associated with risk factors of cardiovascular diseases in an urban sample of the Brazilian population: The role of educational status in the association. **Int J Cardiol**, v. 168, n. 3, p. 2973-2975, 2013.
51. HAYES, D. K. *et al.* Racial/ethnic and socioeconomic disparities in health-related quality of life among people with coronary heart disease, 2007. **Prev Chronic Dis**, v. 8, n. 4, p. A78, 2011.
52. CAVALCANTI, C. L.; GONÇALVES, M. C. R.; ASCIUTTI, L. S. Envelhecimento e Obesidade: um Grande Desafio no Século XXI. **Rev Bras Ciências Saúde**, v. 14, n. 2, p. 87-92, 2010.
53. ANGELANTONIO, E. D. *et al.* Body-mass index and all-cause mortality: individual participant data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. **Lancet**, n. 388, p. 776-786, 2016.
54. RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-553.
55. PICCINI, R. X. *et al.* Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 543-550, 2012.
56. MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVING, B. (Orgs). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. Geneva: World Health Organization, 2011.
57. LEWINGTON, S. *et al.* Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a metaanalysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, v. 360, n. 9349, p. 1903-1913, 2002.
58. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1 supl., p. 1-51, 2010.

59. LIM, S. S. *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2224-2260, 2012.
 60. RAPSOMANIKI, E. *et al.* Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. **Lancet**, v. 383, n. 9932, p. 1899-1911, 2014.
 61. MALTA, D. C. *et al.* Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. **São Paulo Med J.**, v. 134, n. 2, p. 163-170, 2016.
 62. CONDE, W. L.; OLIVEIRA, D. R.; BORGES, L. G. Consistência entre medidas antropométricas em inquéritos nacionais. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 69-76, 2013.
 63. FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Comparação de estimativas de Inquéritos de base populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 60-68, 2013.
 64. MARTIN, L. M. *et al.* Validation of Self-Reported Chronic Conditions and Health Services in a Managed Care Population. **Am J Prev Med**, v. 18, n. 3, p. 215-218, 2000.
 65. SELEM, S. S. C. *et al.* Validade da Hipertensão Autorreferida associa-se Inversamente com Escolaridade em Brasileiros. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 1, p. 52-59, 2013.
 66. FERNANDES, C. E. *et al.* I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq Bras Cardio**, v. 1, n. 1Sup, p. 1-23, 2008.
-

Anexos

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Projeto de pesquisa aprovado em relação aos aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, CAAE: 52694416.1.0000. 5541.

COLABORAÇÃO DOS AUTORES NA ELABORAÇÃO DO MANUSCRITO

Os autores Luciana Graziela de Oliveira Boiça, Maria Silvia Amicucci Soares Martins e Neuber José Segri participaram do estudo contribuindo mais especificamente para: concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação do manuscrito, revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual. Os autores Lenir Vaz Guimarães, Gabriela Dalcin Durante e Deborah Carvalho

Malta participaram do estudo contribuindo mais especificamente para revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual.

Tabela 1. Prevalências de fatores de risco cardiovascular modificáveis no total da amostra segundo sexo em adultos de 20 a 59 anos em Cuiabá-MT, 2014.

Table 1. Prevalence of modifiable cardiovascular risk factors in the total sample according to sex in adults aged 20 to 59 years in Cuiabá-MT, 2014.

Fatores de Risco para DCV	Geral % (IC95%)	Feminino % (IC95%)	Masculino % (IC95%)	p-valor
Excesso de peso	55,98 (52,06; 59,83)	53,22 (48,34; 58,05)	58,85 (52,60; 64,83)	0,161
Hipertensão Arterial	21,47 (18,57; 24,68)	24,13 (20,30; 28,43)	18,70 (14,57; 23,68)	0,088
Consumo abusivo de álcool	21,46 (18,38; 24,88)	13,65 (10,53; 17,51)	29,56 (24,40; 35,31)	<0,001
Dislipidemia	13,50 (11,32; 16,01)	16,30 (13,15; 20,03)	10,59 (7,86; 14,11)	0,017
Inatividade física	11,25 (9,08; 13,86)	11,50 (8,77; 14,94)	10,99 (7,84; 15,21)	0,835
Tabagismo	10,43 (8,03; 13,44)	5,41 (3,90; 7,45)	15,64 (11,26; 21,31)	<0,001
Diabetes	6,28 (4,59; 8,54)	4,10 (3,39; 7,32)	7,61 (4,81; 11,82)	0,164

* IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 2. Prevalências de fatores de risco cardiovascular modificáveis por faixa etária, Cuiabá-MT, VIGITEL 2014.

Table 2. Prevalence of cardiovascular risk factors modifiable by age group, Cuiabá-MT, VIGITEL 2014.

Fatores de risco para DCV	Faixa etária (anos)				P-valor
	20 a 29 %(IC95%)	30 a 39 %(IC95%)	40 a 49 %(IC95%)	50 a 59 %(IC95%)	
Excesso de peso	38,46 (31,42; 46,02)	55,71 (48,21; 62,96)	69,56 (62,51; 75,80)	69,62 (62,12; 76,21)	<0,001
Hipertensão Arterial	7,77 (4,75; 12,45)	14,37 (9,81; 20,58)	23,83 (17,74; 31,22)	51,14 (43,53; 58,70)	<0,001
Consumo abusivo de álcool	22,87 (17,26; 29,64)	24,04 (18,08; 31,22)	23,26 (16,82; 31,24)	13,46 (9,30; 19,09)	0,1039
Dislipidemia	5,65 (3,06; 10,19)	8,33 (5,44; 12,57)	18,04 (12,84; 24,76)	28,81 (22,87; 35,60)	<0,001
Inatividade física	7,46 (4,59; 11,91)	11,18 (7,54; 16,27)	10,87 (6,55; 17,50)	17,69 (12,24; 24,87)	0,0362
Tabagismo	5,97 (2,86; 12,05)	7,43 (3,90; 13,70)	14,20 (8,85; 22,00)	17,98 (12,32; 25,49)	0,0104
Diabetes	1,32 (0,41; 4,16)	2,21 (0,90; 5,34)	4,00 (2,04; 7,72)	22,55 (15,83; 31,06)	<0,001

* IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 3. Prevalência da simultaneidade de fatores de risco e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) segundo variáveis sociodemográficas em adultos de 20 a 59 anos em Cuiabá-MT, 2014.

Table 3. Prevalence of the simultaneity of risk factors and their 95% confidence interval (95% CI) according to sociodemographic variables in adults aged 20 to 59 years in Cuiabá-MT, 2014.

Variáveis	Simultaneidade de fatores de risco				p-valor
	0 Fator % (IC95%)	1 Fator % (IC95%)	2 Fatores % (IC95%)	3 ou mais Fatores % (IC95%)	
Sexo					0,1296
Feminino	26,37 (22,21; 31,00)	37,59 (32,94; 42,47)	22,45 (18,53; 26,93)	13,59 (10,70; 17,12)	
Masculino	20,43 (15,68; 26,18)	35,71 (30,16; 41,67)	24,87 (19,89; 30,62)	18,99 (14,84; 23,96)	
Idade (anos)					<0,001
20 a 29	40,39 (32,95; 48,29)	38,09 (30,93; 45,80)	14,75 (10,24; 20,79)	06,77 (3,99; 11,27)	
30 a 39	24,20 (18,46; 31,05)	42,03 (34,81; 49,61)	24,41 (18,30; 31,76)	09,36 (5,97; 14,39)	
40 a 49	10,93 (7,63; 15,40)	41,95 (34,62; 49,65)	27,60 (20,88; 35,52)	19,52 (13,61; 27,19)	
50 a 59	8,81 (5,76; 13,25)	20,71 (15,98; 26,42)	32,33 (25,12; 40,51)	38,14 (30,89; 45,95)	
Raça/cor da pele					0,1274
Branca	28,38 (22,18; 35,53)	38,23 (31,87; 45,03)	21,16 (16,00; 27,45)	12,22 (8,70; 16,91)	
Preta e parda	22,22 (18,08; 27,00)	35,32 (30,61; 40,33)	24,39 (20,16; 29,18)	18,07 (14,56; 22,21)	
Escolaridade					<0,001
0 a 8 anos	14,04 (8,85; 21,57)	27,17 (20,24; 35,41)	32,87 (25,24; 41,52)	25,92 (19,41; 33,70)	
9 a 11 anos	23,54 (18,53; 29,41)	41,00 (35,17; 47,09)	22,36 (17,84; 27,65)	13,11 (9,80; 17,32)	
≥12 anos	31,53 (26,04; 37,59)	40,10 (34,47; 46,00)	17,03 (13,16; 21,76)	11,34 (8,49; 14,99)	
Situação conjugal					<0,001
Sem companheiro	30,34 (24,90; 36,40)	36,63 (31,21; 42,41)	20,34 (16,21; 25,20)	12,69 (9,37; 16,97)	
Com companheiro	17,18 (13,87; 21,07)	36,47 (31,60; 41,63)	27,05 (22,33; 32,35)	19,31 (15,60; 23,65)	

*IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 4. Análise de regressão logística multinomial da simultaneidade de fatores de risco cardiovascular e variáveis demográficas e socioeconômicas de adultos de 20 a 59 anos, Cuiabá-MT, 2014.

Table 4. Multinomial logistic regression analysis of the simultaneity of cardiovascular risk factors and demographic and socioeconomic variables of adults aged 20 to 59 years, Cuiabá-MT, 2014.

Variável	Escore de simultaneidade FRCV		
	1 fator RP (IC95%)	2 fatores RP (IC95%)	3 ou mais fatores RP (IC95%)
Sexo			
Feminino	1,00	1,00	1,00
Masculino	1,42 (0,92; 2,19)	1,71 (1,04; 2,80)	2,35 (1,35; 4,10)
Idade (anos)			
20 a 29	1,00	1,00	1,00
30 a 39	1,95 (1,15; 3,29)	2,78 (1,47; 5,28)	2,48 (1,07; 5,73)
40 a 49	4,37 (2,43; 7,88)	6,24 (3,16; 12,32)	10,53 (4,63; 23,97)
50 a 59	2,72 (1,36; 5,46)	8,53 (4,03; 18,06)	24,65 (10,43; 58,29)
Escolaridade			
0 a 8 anos	1,00 (0,49; 2,05)	2,16 (1,05; 4,45)	1,71 (0,81; 3,61)
9 a 11 anos	1,27 (0,80; 2,00)	1,53 (0,90; 2,62)	1,20 (0,65; 2,19)
≥12 anos	1,00	1,00	1,00

*RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.